

Co-assistentschappen als inwijding in de medische beroepscultuur : gender in de socialisatie tot arts

Citation for published version (APA):

Winants, Y. H. W. (1999). *Co-assistentschappen als inwijding in de medische beroepscultuur : gender in de socialisatie tot arts*. [Doctoral Thesis, Maastricht University]. Thela Thesis. <https://doi.org/10.26481/dis.19990630yw>

Document status and date:

Published: 01/01/1999

DOI:

[10.26481/dis.19990630yw](https://doi.org/10.26481/dis.19990630yw)

Document Version:

Publisher's PDF, also known as Version of record

Please check the document version of this publication:

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

www.umlib.nl/taverne-license

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

repository@maastrichtuniversity.nl

providing details and we will investigate your claim.

Download date: 06 May. 2023

Samenvatting

In dit proefschrift wordt getracht licht te werpen op het proces van beroepssocialisatie van co-assistenten tot arts en wordt specifieke aandacht besteed aan de ervaringen van vrouwelijke artsen en co-assistenten. Centraal staat de wisselwerking tussen (leer-)omgeving - of de sociaalculturele context - en het zich ontwikkelende individu. Verschillen en overeenkomsten in de ervaringen van vrouwen en mannen worden nader onderzocht en geëvalueerd in het licht van de mogelijke gevolgen voor professionele kwaliteit en identiteit en in het licht van de mogelijke reproductie van (machts)verschillen tussen mannelijke en vrouwelijke artsen.

Wij veronderstellen namelijk dat meer kennis van de werking van sekse en gender in het proces van beroepssocialisatie noodzakelijk en nuttig zijn bij het verbeteren en veranderen van de medische scholing op een zodanige manier dat ook het menselijk kapitaal van vrouwen optimaal wordt aangesproken en binnen het medische beroep tot ontwikkeling kan komen. We hopen dat deze onderzoeken aanknopingspunten opleveren voor eventuele interventies in het medisch onderwijs en de medische beroepsgroep, die het handelen van artsen in het algemeen ten goede komen en de ontplooiingsmogelijkheden van vrouwelijke artsen in het bijzonder.

Dit boek bestaat uit een aantal delen. In deze algemene inleiding wordt de centrale thematiek en de rode draad van dit proefschrift uiteengezet. Dan volgt een eerste theoretisch deel waarin verslag wordt gedaan van de verkenning van verschillende inzichten, theorieën en referentiekaders die werden bestudeerd met betrekking tot genderwerking in de medisch beroepsgroep en het proces van professionele socialisatie van artsen.

Omdat momenteel sprake is van een snelle toename van vrouwelijke studenten en artsen en behoefte bestaat aan inzicht in veranderingen en verbeteringen die mogelijk nodig zijn in opleiding en professionele organisatie om de inbreng van vrouwelijke artsen en studenten te faciliteren, werd de literatuur breed verkend en werden diverse disciplines en stromingen bestudeerd.

In deel I, de theoretische introductie van het proefschrift, komt eerst de positie van vrouwen in de geneeskunde aan de orde, die niet rooskleurig genoemd mag worden. We buigen ons over cijfers en getalsmatige verhoudingen van vrouwelijke en mannelijke artsen en de verschuivingen die zich op dit vlak momenteel voordoen. Diverse verklaringen voor de bestaande machtsasymmetrie tussen de seksen in de geneeskunde worden opgesomd en het perspectief van gender en reproductie van genderongelijk-

heid in betaalde arbeid en specifiek in de medische professie worden onderzocht. Omdat beroepssocialisatie binnen de medische opleiding niet alleen *voorafgaat* aan de medische loopbaan als arts, maar ook het verloop van de verdere loopbaan mede stuurt en de beleving van de professionele artsenrol mede bepaalt, werd de laatste fase van de medische opleiding, de fase van de co-assistentenschappen gedetailleerd onder de loep genomen.

Dokter worden en gesocialiseerd worden in de medische beroepsrol is complex omdat het te maken heeft met overdracht van cultuur en noodzaak tot aanpassing evenals met de mogelijkheid van persoonlijke groei en ontwikkeling. Het begrip socialisatie en de diverse uitwerkingen ervan worden beschreven. De fase van de co-assistentenschappen blijkt een gevoelige periode te zijn in het vormingsproces van nieuwe medische professionals. De co-assistent betreedt in de klinische fase een nieuwe wereld als hij gaat participeren in de praktijk van het medisch uitvoerend werk. Diverse auteurs worden aan het woord gelaten over de inhoud van de "impliciete boodschap" die in de medische opleiding worden overgedragen aan de nieuwe generatie, in het socialisatieproces.

De nieuweling stapt als een verbaasde reiziger deze wereld binnen en zal de gebruiken en de gewoonten in de medische beroepsgroep sensitiever waarnemen dan artsen, die reeds langere tijd het medisch beroep uitoefenen. De confrontatie met de realiteit van het medische beroep roept over het algemeen ook gevoelens van waardering op bij co-assistenten. Over sommige zaken zullen zij enthousiast zijn, terwijl zij andere negatief zullen beoordelen of zelfs afkeuren.

In deel II, het beroepscultuur-onderzoek staat het perspectief van de co-assistent als waarnemer en beoordelaar centraal, de perceptie en waardering van nieuwkomers van de beroepscultuur van de huidige medische professie. Hoe wordt de realiteit van de medische praktijk van alledag door co-assistenten waargenomen en geëvalueerd? De doelstelling van dit empirische onderzoek, dat beschreven wordt in hoofdstuk 5 en 6, is om meer zicht te krijgen op de codes voor sociale omgang en de spelregels, die gelden binnen de medische beroepsgroep, soms ook wel de "hidden curriculum" genoemd. Deze spelregels en codes die worden voorgeleefd door de huidige professie, worden (vaak onbedoeld en onbewust) overgedragen op de nieuwe generatie in het socialisatietraject in de opleiding tot arts.

Het cultuurbegrip, dat in dit deel wordt gehanteerd is ontleend aan Hofstede (1991) en wordt gedefinieerd als het geheel van ideeën, opvattingen, gewoonten en gedragingen, die mensen leren, goedkeuren en overbrengen. Hofstede beschouwt cultuur als 'the collective programming of the mind, which distinguishes one group from another'. In de organisatiekunde wordt cultuur omschreven als de gemeenschappelijke verstandhouding tussen de leden van een organisatie of een beroep over hoe het in hun werkveld dagelijks toegaat. Het betreft het geheel van geschreven en ongeschreven regels dat behalve het sociale verkeer tussen medewerkers of beroepsbeoefenaren onderling, ook het verkeer met derden kanaliseert en vorm geeft (Sanders & Neuyen, 1988).

Nadat in een kwalitatieve voorfase een karakterisering van de medische beroepscultuur was ontworpen, werd vervolgens een vragenlijst geconstrueerd met gebruikma-

king van de begrippen en inzichten van Hofstede (1991,1990) en de Cock (1985). Met behulp van deze beroepscultuur-vragenlijst werd inzicht verkregen in de perceptie van co-assistenten van de hen omringende beroepscultuur en hun waardering hiervan. We stellen ons de vraag of vrouwelijke co-assistenten verschillen in hun waarneming of hun waardering van de beroepscultuur zoals die op het ogenblik door de medische professie wordt gerepresenteerd? Zou de socialisatie-opdracht voor vrouwelijke co-assistenten moeilijker zijn dan voor mannelijke nieuwkomers, aannemende dat beroepscultuur van de medische professie mogelijk beter aansluit bij de mannelijke geslachtsrolsocialisatie? Zouden co-assistenten die net zijn gestart met deze fase verschillen in perceptie of waardering van de "voorgeleefde" beroepscultuur van de gevorderde co-assistenten, die hun opleiding bijna afgerond hebben en hun basisarts-examen naderen?

De resultaten van het beroepscultuuronderzoek geven aan dat het beeld, dat de co-assistenten opdoen van de medische professionele cultuur bij hun kennismaking met roepscultuur van de medische professie mogelijk beter aansluit bij de mannelijke geslachtsrolsocialisatie? Zouden co-assistenten die net zijn gestart met deze fase verschillen in perceptie of waardering van de "voorgeleefde" beroepscultuur van de gevorderde co-assistenten, die hun opleiding bijna afgerond hebben en hun basisarts-

wij dachten, ten aanzien van hun waardering. De perceptie wordt pregnanter naarmate co-assistenten verder gevorderd zijn in de co-assistentenschappen.

In deel III, het socialisatie-onderzoek, dat aan bod komt in de hoofdstukken 7 tot en met 11, wordt de aandacht vervolgens gericht op de sociaal-psychologische interacties tussen de leerlingen en de opleidingssetting in de co-assistentenschappen. Dit empirisch onderzoek naar draaglast, draagkracht en belasting en naar de ontwikkeling van de professionele identiteit bestaat uit een transversaal onderzoek, waarin zowel bivariate als multivariate analyses werden uitgevoerd en een longitudinaal onderzoek. Deze longitudinale studie geeft met grote mate van betrouwbaarheid inzicht in de veranderingen in de tijd bij co-assistenten. De bevindingen van transversaal en longitudinaal onderzoek zijn geïntegreerd beschreven in de resultaten-hoofdstukken (hoofdstuk 8 en 10).

De co-assistentenschappen worden opgevat als een periode van inwijding in de beroeps-cultuur van de zittende professie. Welke ervaringen doen co-assistenten op en maken ze veranderingen door in de loop van dit opleidingstraject, dat zowel opleidingsfase als eerste werkervaring is? In andere onderzoeken (Sieverding, 1990; de Vries, 1988; Vonk, 1993) werd gevonden dat als iemand als leerling of stagiaire voor het eerst een beroepsveld betreedt dit vaak diepe indruk maakt en als confronterend en schokkend wordt ervaren. Deze auteurs spreken van een 'cultuurshock' of 'Berufseintrittshock'. Wordt iets dergelijks ook door co-assistenten ervaren? Ook blijkt dat stagiaires of nieuwkomers zich vaak moeilijk aan de invloed van de opleidingsomgeving kunnen onttrekken en blijkt aanpassing aan deze "tijdelijke" maar indringende realiteit geen sinecure. Soms moeten hiervoor afweermechanismen worden gemobiliseerd die de harmonie in de menselijke psyche niet altijd ten goede komen (Fahrenfort, 1985; Krol, 1992; Groot de, 1987). In het socialisatie-onderzoek werd eerst aandacht besteed aan de mate waarin socialisatie als zwaar of vermoeiend wordt ervaren door co-assistenten.

In hoofdstuk 7 en 8 wordt de balans tussen draaglast, draagkracht en motivatie en vermoeidheid als outcome onder de loep genomen en de verschillen en overeenkomsten op dit vlak tussen vrouwelijke en mannelijke co-assistenten. De inwijdelingen blijken niet onder een hoge mate van vermoeidheid gebukt te gaan. Ook blijkt hun motivatie gedurende de co-assistentenschappen niet af te nemen maar een positieve impuls te ondergaan. De veronderstelling dat vrouwelijke co-assistenten mogelijk een grotere belasting zouden ervaren dan hun mannelijk collega's, wordt evenmin bewaarheid. Vrouwelijke co-assistenten blijken de psychische belasting van de inwijding net als hun mannelijke collega's niet als hoog te ervaren, de fysieke belasting wordt wel als iets hoger ervaren door vrouwen, evenals hoofdpijn en eetproblemen die vaker bij hen voorkomen. Daarentegen blijken vrouwelijke co-assistenten tegelijkertijd ook meer positieve gevoelens te ervaren.

Het beloop in de tijd van belasting en vermoeidheid ten gevolge van de co-assistentenschappen laat interessante verschuivingen zien. Vooral de eindfase van de co-assistentenschappen gaat gepaard met gevoelens van opluchting, de ervaren psychische belasting daalt bij beide seksen, de fysieke belasting daalt bij de vrouwelijke co-assistenten en de positieve stemming neemt met name bij de mannelijke co-assistenten toe wanneer de

eindstreep van de medische opleiding in zicht komt. De motivatie voor het medische vak is ondertussen alleen maar toegenomen.

Onverwacht en verrassend is de bevinding in dit onderzoek dat de draagkracht van co-assistenten gedurende het volgen van de co-assistentschappen in alle groepen een toename laat zien op alle dimensies van coping met uitzondering van de depressief-vermijdende copingstijl. De weerbaarheid en het vermogen om actief en adequaat persoonlijke problemen te lijf te gaan, blijkt in deze inwijding een sterke impuls te hebben gekregen, zowel bij vrouwelijke als bij mannelijke co-assistenten. Alleen de manier waarop vrouwen en mannen hun weerbaarheid invullen blijkt te verschillen; vrouwen geven sterker de voorkeur aan sociaal georiënteerde strategieën zoals het zoeken van sociale steun en het uiten van emoties en mannelijk studenten prefereren meer een palliatieve stijl zoals hun aandacht op vrolijker zaken richten bijvoorbeeld. Ook werd de aard van de belasting van het inwijdingsproces onderzocht, door in te gaan op het gevoel van gebrek aan tijd, de mogelijke gevoelens van stress en ervaringen van denigrerende benadering en behandeling als jongste bediende in de medische beroepswereld. Onverwacht bleken mannelijke co-assistenten meer stress en onlust te ervaren dan vrouwelijke co-assistenten. Co-assistenten bleken zelf over het algemeen geen denigrerende of spottende behandeling te ervaren, maar merkten wel een denigrerende manier van omgaan met patiënten op. Vooral de studenten, die starten met de co-assistentschappen merken dit fenomeen opeens op; deze ervaring kan men opvatten als aspect van een cultuurschok, die vooral vrouwelijke co-assistenten treft. Zij blijken een denigrerende benadering van patiënten sterker waar te nemen dan hun mannelijke collega's. Dit roept de vraag op of vrouwelijke co-assistenten zich mogelijk sterker of langer blijven identificeren met patiënten.

Naar aanleiding van de bevindingen ontstaat de gedachte dat mannelijke co-assistenten mogelijk "straffer en zwaarder" worden ingewijd dan hun vrouwelijke collega's. Uit de kwalitatieve bevindingen over spot en devaluatie blijkt overigens wel enige ambivalentie van de zittende medische professie richting vrouwelijkheid en vrouwenlichamen, die echter het welbevinden van vrouwen in de fase van de co-assistentschappen niet negatief lijkt te beïnvloeden.

Vervolgens stonden we stil bij de ontwikkeling van de professionele identiteit en daarmee samenhangende aspecten in hoofdstuk 9 en 10. Interacties en communicatie tussen mensen worden sterk beïnvloed door het beeld dat men van de ander heeft en door het beeld dat iemand *denkt* dat de ander van haar of hem heeft. Beroepssocialisatie kan aanzienlijke veranderingen met zich meebrengen in opvattingen, normen en waarden, maar ook in identiteit of zelf-identificering. Veel eerder onderzoek naar het proces van professionele socialisatie tot arts heeft wel inzicht gegeven in de dynamiek op interactioneel niveau tussen leerling en diens leeromgeving, maar mist vaak de reflectie op gender. Identiteit als vrouw of man en rolvoorschriften voor vrouwen en mannen vloeien voort uit socialisatieprocessen die reeds op zeer jonge leeftijd beginnen. Alhoewel de genderrol diep in de persoonlijkheid is verankerd, moet deze echter niet als statisch of onveranderbaar worden opgevat. Het is van belang om te bestuderen hoe socialisatie tot arts interfereert met de identiteit als man of vrouw in een beroep dat kan worden getypeerd als een door mannen gedomineerd beroep.

De beroepssocialisatie van co-assistenten heeft het karakter van een onderdompeling in de cultuur van de gevestigde beroepsgroep, die verschillende lagen van het "zelf" beroert en verandert. Hieruit ontstaat een vorm van identificering, een vorm van professionele identiteit en in de ontwikkeling hiervan speelt de sekse van de co-assistent een specifieke rol. Sekse is een sociaal construct met prototypische kenmerken die sociale interacties structureren, afhankelijk van de cultuur waarin ze spelen (Fischer et al, 1993). Ten behoeve van het onderzoek naar de vraag naar de manier waarop de ontwikkeling van de professionele identiteit verloopt in relatie tot (impliciete en expliciete) genderwerking in de fase van de co-assistentschappen, construeerden we een schema op basis van een combinatie van onderzoek van Bucher en Stelling (1977) en Benschop (1996).

Co-assistenten gaan zich meer of minder identificeren met de artsen-opleiders en hun gedrag als voorbeeld beschouwen en soms navolgen. Deze processen voltrekken zich deels bewust, deels onbewust. Voor co-assistenten is oefenen en ervaring opdoen met het invullen van de beroepsrol belangrijk, evenals het ervaren van positieve bekrachtiging door opleiders en sociale omgeving. Het opbouwen van een gevoel van competentie en zelfvertrouwen als arts is wezenlijk voor een evenwichtige professionele identiteit en een positieve houding naar de toekomstige medische loopbaan.

Om binnen dit proces van socialisatie tot arts vat te krijgen op de werking van gender werd de samenhang bestudeerd tussen de omgeving, de cultuur en structuurarrangementen van de medische professie en de persoonsarrangementen als zelfopvattingen en attitudes van co-assistenten.

Aan de vorming van de professionele identiteit gaan processen vooraf van zelfevaluatie en evaluatie van de alledaagse praktijk in de opleidingssetting en het opbouwen van voldoende zelfvertrouwen als aanstaand arts. Deze processen werden bestudeerd aan de hand van het thema's "identificatie" en seksegebonden praktijken of "expliciet onderscheid maken naar sekse" en het thema "professioneel zelfvertrouwen". De professionele identiteit werd bestudeerd aan de hand van thema's als relatie van ideaalbeeld van een arts en zelfbeeld, oriëntatie op beroep en loopbaan en de genderidentiteit. De balans tussen het concept van de ideale arts en het zelfbeeld bij co-assistenten werd onderzocht in relatie tot feminiene of masculiene prototypering.

Bij de oriëntatie op het beroep speelt de verinnerlijking van het kostwinnersperspectief een rol. Het bewustzijn van eigen sekse, een aspect van de genderidentiteit wordt belicht en attributies van co-assistenten over hun toekomstige loopbaan. De vraagstellingen naar de aard van de ervaringen, de verschillen tussen de seksen en veranderingen in de tijd werden per thema nader uitgewerkt.

Bij het thema zelfevaluatie blijkt dat vrouwelijke co-assistenten meer dan hun mannelijke collega's in staat blijken om hun identificatie met de patiënt te handhaven naast een toenemende identificatie met de medische beroepsgroep. Verder blijkt de genderidentiteit van vrouwelijke co-assistenten bij entree in het beroepsveld sterk bekrachtigd te worden. Hiermee wordt impliciet het "anders zijn" vrouwelijke artsen in de medische professie bekrachtigd, hetgeen op termijn integratie van vrouwen op hun eigen termen kan belemmeren. De seksegebonden praktijken ademen een zekere mate van ambivalentie ten aanzien van vrouwelijkheid in de medische professie en suggereren het bestaan van een ideologie van sekse-neutraliteit en gelijke kansen voor de seksen

in de geneeskunde. Het oordeel van co-assistenten over eventuele voorkeursbehandeling voor mannelijke artsen vertoont een collectieve verandering op dit punt. Het professioneel zelfvertrouwen van co-assistenten ontwikkelt zich voorspoedig in deze fase en neemt toe.

Het concept van de ideale dokter van co-assistenten blijkt androgyn en zowel mannelijk als vrouwelijk te worden ingekleurd. Maar het cultureel ideaal van de medische professie lijkt toch meer met mannelijke of instrumentele karakteristieken bekleed dan met expressieve of feminiene kenmerken. Dit blijkt uit de wijze waarop het verschil tussen ideaalconcept en zelfbeeld zich in de loop van de tijd ontwikkelt; ten aanzien van de mannelijke dimensie blijft bij alle co-assistenten het verschil groot, bij de vrouwelijke dimensie niet.

In de beroepsoriëntatie van co-assistenten vinden we bij mannen de sporen terug van de geslachtsrol-socialisatie tot kostwinner. Mannelijke co-assistenten blijken daadwerkelijk sterker op maatschappelijke status, erkenning en inkomen georiënteerd te zijn dan hun vrouwelijke collega's. De geslachtsrolsocialisatie van vrouwen met accentuering op zorg en expressieve aspecten van het beroep wordt minder eenduidig teruggevonden bij co-assistenten. Vrouwelijke co-assistenten lijken minder stereotiep vrouwelijk, terwijl mannelijke co-assistenten wel stereotiep mannelijk zijn.

Tot slot werd de onderlinge samenhang van aspecten van socialisatie, die in de verschillende thema's van draaglast, draagkracht en belasting, van zelfevaluatie, professioneel zelfvertrouwen en professionele identiteit waren geoperationaliseerd, geanalyseerd met behulp multivariate analyse-methoden. Er bleken interessante verbanden tussen de onderzochte aspecten te bestaan.

In de slotbeschouwing aan het eind werden de belangrijkste lijnen van het boek verbonden en de belangrijkste inzichten en overwegingen weergegeven. Uit de het beroeps cultuur-onderzoek en van het socialisatie-onderzoek kunnen aanbevelingen voor verandering en kansen voor de medische professie en medische opleiding worden afgeleid. Het geheel overziend wordt duidelijk dat er werk aan de winkel is in de medische opleiding en beroepsgroep. Deze tijd, zwanger van veranderingen vraagt om inzet van de professie en de medische opleidingen om zichzelf zodanig te vernieuwen dat de medische zorg optimaal zal kunnen profiteren van het culturele kapitaal van vrouwen.

Summary

This thesis attempts to shed light on the professional socialization process of clinical trainees during their training to become doctors, and pays specific attention to the experiences of female doctors and trainees. The focus is on the interaction between the learning environment - or the socio-cultural context - and the developing individual. We have looked more closely at differences and similarities in the experiences of females and males and have assessed these in the light of possible consequences for professional quality and identity and the possible reproduction of differences (in positions of power) between male and female doctors.

Our assumption is that it will be both necessary and useful to gain more knowledge of the effects of sex and gender in the professional socialization process in order to improve and change medical education in such a way that female human capital in medicine will be made full use of and can be manifested within the medical profession. We hope that the study we conducted may provide starting points for interventions in medical education and the medical profession which will generally have a positive effect on the way in which doctors act and will particularly offer female doctors more scope to develop.

This thesis is in several parts. In this general introduction the main theme and the thread of this thesis are set out. Next, the first theoretical part describes the exploration of various views, theories and frames of references which were studied in the context of gender and the professional socialization process of becoming a doctor. Given today's rapid increase in the number of female medical students and doctors and the existing need for insight into the changes and improvements that may be required in education and the organization of the profession to facilitate the contribution made by female doctors and students, we have opted for a wide exploration of literature and have studied various disciplines and trends in medicine. Part I, the theoretical introduction to the thesis, first discusses the position of women in medicine, which can be defined as not very positive. We have looked at figures and ratios between male and female doctors and current shifts. We have included various explanations for the existing imbalance of power between the sexes in medicine and have studied the perspective of gender and the reproduction of gender inequality in paid work and, more specifically, in the medical profession. Given the fact that professional socialization within medical education not only *precedes* the medical career of a doctor, but is also one of the factors affecting the course of a doctor's

subsequent career and determine the way in which the professional role of doctor is experienced, we have taken a close look at the last stage of medical education, the stage of clinical training.

Becoming a doctor and being socialized into the professional medical role is a complex process, as it involves transfer of culture and a need to adapt, as well as an opportunity for personal growth and development. We have described the concept of socialization and its various effects. The clinical training stage turned out to be a key period in the development of new medical professionals. In the clinical stage, trainees enter into a new world when starting to participate in actual medical practice. We have quoted various authors with respect to the contents of the "implicit message" in medical education being passed on to the new generation during the socialization process. The newcomer steps into this world with the amazement of a traveller, and looks at the ways and customs of the current profession as a sensitive observer. Being confronted with the reality of the medical profession generally evokes feelings of disapproval as well as appreciation in trainees.

The research we conducted into the professional culture, which is discussed in part II, chapters 5 and 6, focuses on the trainee's view as an observer and assessor. By asking how clinical trainees perceive and assess the reality of everyday medical practice we have investigated the way in which newcomers perceive and assess the professional culture. The concept of culture used in this study is taken from the work of Hofstede and is defined as a collection of ideas, views, customs and behaviour which people acquire, approve of and transfer to others. Hofstede regards culture as 'the collective programming of the mind, which distinguishes one group from another', and from this point of view culture is described as the commonly-shared understanding among the members of an organization or a profession of how things are done in their fields.

The aim of this empirical study of the professional culture is to gain a better understanding of all the written and unwritten rules which channel and shape not only social interaction among doctors and between trainers and clinical trainees and medical students, but also interaction with patients and the outside world. These social rules and codes, which are passed on by the current medical profession, serve as a reference and an example for the new generation of medical doctors. They are sometimes called "the hidden curriculum", and are transferred (unintentionally and unconsciously) to the new generation during their medical education.

The questionnaire on professional culture helped us gain insight into how trainees view the professional culture surrounding them and how they assess these perceived cultural aspects. We asked ourselves whether the professional culture, as it is communicated by the current medical profession, is perceived and assessed differently by female trainees. Can we assume that the professional culture of the medical profession ties in better with male socialization? Will the requirement to socialize be more difficult for female trainees than for males? Will trainees who just started their clinical training differ from their more advanced colleagues in their perception and/or assessment of the medical professional culture?

Our study revealed that the image which trainees develop of the medical professional culture on their first acquaintance with actual practice can be characterized by the key-terms imbalance of power and hierarchical, a certain degree of avoidance of insecurity, non-feminine and slightly masculine. Those questioned experienced the initiation ritual of medical doctors as quite harsh and confronting and characterized it as "being thrown in at the deep end".

We will take a closer look at these findings and provide some further clarification. The medical professional culture turned out to be relatively unequal in terms of positions of power, with hierarchical forms of interaction among doctors, between doctors and nursing staff and between doctors and patients. This great imbalance of power was not appreciated by medical trainees and was most strongly disapproved of by females. The results also showed a reasonably high degree of avoidance of insecurity, which was operationalized as "being obliged to follow protocols" and "the crucial role of technology in diagnostics". However, this was experienced by trainees as acceptable and legitimate. In the same way, the technical atmosphere in hospitals and the fact that doctors are clearly distinguishable from other care providers through subtle external characteristics such as stethoscopes or medical notebooks were assessed as not undesirable.

Furthermore, the trainees characterized the medical professional culture as non-feminine, as hardly process-oriented, with virtually no forms of interaction among doctors that facilitate mutual support or personal or emotional support towards each other or towards students. This cultural aspect was assessed as undesirable by the subjects; the results show an even stronger disapproval among younger female trainees than among their more advanced female colleagues and their male colleagues.

The medical professional culture was viewed as somewhat masculine, in the sense that the subjects did perceive competitive forms of interaction among doctors and that competition and individual profiling seemed to be prerequisites for a successful medical career. These aspects were disapproved of by the whole group of subjects and aroused strong feelings of dislike particularly among female trainees. On the basis of the findings with regard to whether the culture was perceived as individually-oriented or collective we could make no clear statement; however, we did find that loyalty among doctors was a perceived cultural aspect. Furthermore, the way in which newcomers are initiated into the medical profession was experienced by the new generation as not very gentle. They experienced little support or guidance in the process of getting acquainted with the reality of the medical profession.

Finally, we found, unexpectedly, that the trainees did not, as we had assumed, change on the "appreciation" dimension in the course of their clinical training, but had changed in the way they perceived the culture surrounding them. This perception proved to become more significant as trainees advanced in their clinical training.

The research we conducted into socialization, which is dealt with in part III, chapters 7 to 11 inclusive, focuses on the socio-psychological interaction among the students and the training setting during the clinical training stage. This empirical study of perceived pressure, ability to cope, strain and the development of professional identity comprises a transversal study, in which both bivariate and multivariate analyses were

made, as well as a longitudinal study. This longitudinal study provides insight into the changes in clinical trainees over time. Chapters 8 and 10, in which the results are discussed, provide an integrated description of the findings of the transversal and the longitudinal study. We regard the clinical training as a period of initiation into the professional culture of the established medical profession. What experiences do clinical trainees gain, and do they undergo any changes during this training course which, apart from being training, also is their first work experience? The studies of Sieverding (1990) and de Vries (1988) show that this first entering into a professional field as a student or a trainee can make a profound impression and is often a shocking experience. These authors talk of a 'culture shock' or 'Berufseintrittshock'. It is often difficult for trainees or newcomers to withdraw from the influence of the training setting; they have to adapt, in some way or another, to this "temporary" but powerful reality, which usually is no easy task. We first paid attention to the extent to which the socialization process of becoming a doctor during clinical training was experienced as hard and exhausting. Chapters 7 and 8 deal with the balance between perceived pressure, ability to cope and the outcome in terms of motivation or fatigue and the differences and similarities between female and male trainees.

We found that, at this stage, the initiation was not experienced as being very exhausting or hard and that during clinical training the students' motivation was actually boosted. In addition, the hypothesis that female trainees experience greater strain than their male colleagues was not confirmed. Female trainees proved to be more positive than males and did not experience a higher level of psychological strain. However, they did experience a greater physical strain and suffered from headaches and eating problems slightly more frequently than their male colleagues.

The findings over time of strain and fatigue resulting from clinical training revealed some interesting shifts. During the final stage of clinical training in particular there were feelings of relief, a decrease in experienced psychological strain among both sexes, a decrease in physical strain among female trainees and increasing optimism among particularly male trainees, now that the end of their medical education was in view. Meanwhile, their motivation for joining the medical profession increased.

An unexpected and suprising result of this study is that the ability of trainees to cope during their clinical training showed an increase on all dimensions of coping, with the exception of the depression-avoiding coping style. Assertiveness and ability to cope with personal problems in an active and appropriate way were found to have been given a strong boost during this initiation among female and male trainees alike. Only the way in which females and males manifested their assertiveness proved to be different; females displayed a stronger preference for socially-oriented strategies such as seeking social support and expressing emotions, whereas male students preferred a more palliative style such as directing their attention on more cheerful matters.

We also investigated the nature of strain during the initiation process, by looking at experienced time pressure, feelings of stress and experiences of having been treated in a demeaning way and as the 'junior clerk' in the medical profession. Unexpectedly, we found that male trainees experienced more stress and discomfort than female trainees. Generally, the trainees proved to have no personal experiences of being belittled or ridiculed; however, they did notice that patients were treated in a

demeaning way. Particularly students who had just started their clinical training observed this phenomenon; this experience can be regarded as an aspect of the culture shock, which affects female trainees in particular. They displayed a stronger perception of patients being belittled than their male colleagues. This raises the question whether female trainees identify with patients in a stronger way or do so over a longer period of time.

The findings suggest that male medical trainees may be initiated "more strictly" and in a "harder" way than their female colleagues. Furthermore, the qualitative findings with respect to being ridiculed and devalued revealed some ambivalence of the established medical profession towards femininity and the female body, which was noted by female trainees in particular.

In chapters 9 and 10 we took a closer look at the development of professional identity and related aspects. Human interaction and communication are greatly affected by the image a person has of another person and by the image a person *believes* the other person has of her or him. Professional socialization can bring about considerable changes in views, norms and values, but also in identity or self-identification. Many previous studies of the professional socialization process of becoming a doctor have provided insight into the dynamics at the level of interaction between students and their learning environment, but they often do not consider gender. A person's identity as a female or male and gender roles for females and males result from socialization processes which start at a very early age. Although the gender role is deeply anchored in a person's personality, it should not be regarded as being static or unchangeable. It is important to do research into the way in which the socialization process of becoming a doctor interferes with a person's identity as a male or female in a profession which can be characterized as a male-dominated. The professional socialization of medical trainees has the characteristics of an immersion in the culture of the established profession, which affects and changes different levels of the self, thus creating a different form of identification and professional identity. In this development of the professional identity, the trainee's gender plays a specific part of its own. Gender is a social construct with prototypical characteristics that structure social interaction, depending on the culture in which it takes place. In order to investigate the way in which professional identity develops in relation to (implicit and explicit) gender effects during the clinical training stage, we constructed a schedule based on the works of Bucher and Stelling (1977) and Benschop (1996). Clinical trainees identify with the doctors who act as their medical trainers to a larger or lesser extent, and take their behaviour as an example, sometimes imitating them. They do so partly consciously and partly unconsciously. Practising and gaining experience in shaping their professional role is important to trainees, as is experiencing positive confirmation from trainers and their social environment. Building feelings of competence and self-confidence as a doctor is essential for a balanced professional identity and a positive attitude towards a future medical career. In order to gain a better understanding of the effects of gender within this socialization process of becoming a doctor, we have investigated the relationship between the environment, the arrangements of the medical profession at a cultural

and structural level and the arrangements at a personal level, such as self-image and the attitudes of medical trainees.

The formation of professional identity is preceded by processes of self-assessment and assessment of everyday practice in the training setting and by a process of acquiring self-confidence in the professional role of doctor. These processes were investigated on the basis of themes such as "identification", "gender differentiation" and "professional self-confidence". Professional identity was investigated on the basis of themes such as the relationship between idealized image (of a doctor) and self-image, professional orientation and career orientation, and gender identity. The relationship between idealized image and self-image was studied in terms of feminine and masculine prototyping. With respect to professional orientation, attention was paid to the possible internalization of the wage earner perspective, and with respect to career orientation, to trainees' attributions to their own careers as doctors. The questions put to the subjects on experiences, differences between the sexes and changes over time were studied and reported by theme.

With respect to the theme self-assessment, the results revealed that female trainees were better able than their male colleagues to continue identifying with their patients while increasingly identifying with the medical profession. Furthermore, the gender identity of female trainees when entering into the professional field proved to be strongly confirmed. This means an implicit confirmation of females being "different" in the medical profession, which in the long term may impede the integration of female doctors in the medical profession on their own terms. The sex-related practices, as perceived in the clinical training stage, revealed a certain extent of ambivalence towards femininity in the profession. The changes over time in the perception of possible preferential treatment of male doctors suggest that in the medical profession there is an ideology that the profession is gender-neutral and offers equal opportunities to everyone.

We found that the image of the ideal doctor among clinical trainees was conceived as being both masculine and feminine and could therefore be characterised as androgynous. However, the discrepancy between idealized image and self-image over time indicated some qualification of this finding. The data show that there continues to be a discrepancy between the ideal and the self among male subjects, but that this difference between the self and the ideal disappears among females. From this it can be inferred that the culturally ideal image of doctors has more masculine or instrumental than feminine or expressive characteristics.

With respect to the professional orientation of trainees we found signs of gender role socialization towards being wage earner among males; they were more strongly oriented towards social status, recognition and income than their female colleagues. The gender role socialization of females with the emphasis on care and expressive aspects was less clear in the professional orientation of female trainees. Female medical trainees seem to be less stereotypically feminine, whereas male medical trainees prove to be stereotypically masculine.

Finally, the relationship between aspects of socialization, which were operationalized in the various themes of perceived pressure, ability to cope, strain, and self-assessment, professional self-confidence and professional identity, were analysed using

multivariate methods. These revealed interesting relationships between the aspects we investigated.

The final conclusion of this thesis connects the main lines of the thesis and discusses the most important insights gained from this research project. Both the research conducted into the professional culture and the research conducted into socialization can provide recommendations for changes and opportunities for the medical profession and medical education. Generally it can be stated that we, the medical profession, still have a lot of work to do. Modern times, which are full of changes, require great efforts from medical professionals to renew the profession and medical education so that the healthcare system can fully benefit from the cultural capital of females.